

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°
362

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GIRET (ROSE)

Née le 2 Août 1909, à Paris (X^e)

LES SYNDROMES ABDOMINAUX D'ORIGINE POTTIQUE

Travail du Service de M. le Docteur A. RICHARD

Chirurgien chef de l'Hôpital Maritime de Berck-Plage

Président de Thèse : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1938

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GIRET (ROSE)

Née le 2 Août 1909, à Paris (Xe)

LES SYNDROMES ABDOMINAUX D'ORIGINE POTTIQUE

Travail du Service de M. le Docteur A. RICHARD

Chirurgien chef de l'Hôpital Maritime de Berck-Plage

Président de Thèse : M. Pierre DUVAL, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale.....
 Chimie médicale.....
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générale....
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.
 Pathologie expérimentale et comparée....
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des ma-
 ladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile et ortho-
 pédie
 Clinique thérapeutique médicale.....
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Clinique propédeutique.....
 Clinique de la Tuberculose.....
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-
 dulte
 Clinique cardiologique.....
 Assistance Médico-Sociale.....

Professeurs sans chaire.....

R. JUVIERE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI
 ROBERT DEBRÉ.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI
 CHEVASSU.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-LAVASTINE.
 FIESSINGER.
 Maurice VILLARET.

LOEPEP
 CARNOT.
 CLERC.
 MARCEL LABBÉ.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.

H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO
 GOSSET
 GREGOIRE
 JENCRMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 BRINDEAU.
 MOCQUOT.

OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMATPE.
 PIERRE DUVAL.
 SERGENT.
 BEZANÇON.

MATHIEU.
 LAUBRY.
 CROUZON.
 HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. MENEGAUX
 Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BERNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART-D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Pharmacologie HAZARD.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

MM.

Obstétrique LANTUEJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie L'EVY-VALENSI.
 Pathologie médicale..... MOLEAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Anatomie pathologique.. OBERLING.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-LUT/II L'S
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Chimie biologique..... SANNIÉ.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie expérimentale TROISIER.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUÉNIOT.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Anatomie pathologique.. LEROUX.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. HABROL. CHIRAY. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. PASTEUR-VALLERY- RADOT. SEZARY.	}	Clinique médicale
---	---	----------------------

MM.

BASSET. BROCC. CADENAT. HEITZ-BOYER. GATELLIER. MOURE. QUENU. SCHWARTZ. VELTER.	}	Clinique chirurgicale
---	---	--------------------------

MM.

ECALLE LE LORIER LEVY-SOLAL METZGER	}	Clinique obstétricale..
--	---	-------------------------

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie.....	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

**A LA MEMOIRE DE MON PERE
LE DOCTEUR EMILE GIRET**

Ancien interne des hôpitaux de Paris
mort pour la France en 1914

A MA MERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'hôpital de Vaugirard
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence
de cette thèse. En témoignage
de ma profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ RICHARD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital maritime de Berck-Plage
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet
de ce travail et guidé de ses
conseils avec l'assurance de
toute ma gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1931 — MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHET

Hôpital Saint-Louis

1932 — MONSIEUR LE DOCTEUR APERT

Hôpital des Enfants Malades

1932 — MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

Hôpital de la Pitié

1933 — MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARET

Hôpital Necker

1934 — MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER

Hôpital de la Charité

1935 — MONSIEUR LE PROF. AGRÉGÉ LARDENNOIS

Hôpital Laënnec

1935 — MONSIEUR LE DOCTEUR CELICF

Hôpital Laënnec

1936 — MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Hôpital Saint-Louis

À MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE NEUILLY

MONSIEUR LE DOCTEUR DE BRUN DU BOIS NOIR

Médecin des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR MEUGE

Chirurgien de l'hôpital de Neuilly

MONSIEUR LE DOCTEUR CAYLA

Médecin de l'hôpital de Neuilly

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUDESCAL

A MM. LES DOCTEURS

LUCIE GASNE, JEANNE DELON, GANDY, LOUVET

LES SYNDROMES ABDOMINAUX

D.ORIGINE POTTIQUE

La tuberculose rachidienne fut considérée pendant longtemps comme une affection à symptômes purement vertébraux ; et il fallut le don d'observation et l'autorité de Percival POTT pour lui rattacher des signes aujourd'hui classiques comme les abcès migrants et les paraplégies. Mais si tout le tableau clinique de la maladie, dans ses formes typiques, ne pose actuellement aucun sujet de discussion, il reste encore quelques points mal connus qui risquent de faire égarer le diagnostic au détriment du malade. C'est le cas de nombreuses formes de début où le symptôme révélateur, en apparence fort éloigné de son origine rachidienne, ne permet qu'une preuve difficile de sa nature. Ces cas sont presque uniquement l'apanage de l'adulte qui réclame la majeure partie des formes atypiques de l'affection. C'est parmi les plus intéressantes de celles-ci que nous rangeons les aspects pseudo-viscéralgiques, et principalement les formes à symptomatologie abdominale. Elles nous ont semblé suffisamment fréquentes pour justifier ce travail d'en-

semble. Importantes, elles le sont à un double point de vue, en tenant compte simplement de l'intérêt du malade :

Non diagnostiquées à temps elles retardent la mise en œuvre d'un traitement vertébral (essentiellement immobilisation), et nous n'avons pas besoin d'insister sur la nécessité d'un traitement précoce dans le Mal de Pott.

Sujettes au contraire à une erreur de diagnostic elles font instituer un traitement symptomatique qui est absolument inefficace ; ou même pratiquer une intervention inopportune, sur un organe sain en lui-même et qui ne fait que projeter une douleur d'origine plus profonde.

Retard d'un traitement efficace, thérapeutique anodine, et même intervention inutile, sur un terrain particulièrement fragile, en pleine évolution d'un foyer tuberculeux, tels sont les graves dangers auxquels expose une erreur dans le diagnostic d'un Mal de Pott pseudo-viscéralgique.

Nous en avons eu plusieurs exemples probants dans le service de notre maître, Monsieur le Docteur Richard, qui dirige à Berck l'important hôpital de 1.500 lits de la Ville de Paris. Ils illustrent des données encore trop ignorées, quoique signalées, nous le verrons, depuis longtemps, et dont nous allons essayer de démontrer tout l'intérêt et l'importance pratiques.

HISTORIQUE

C'est dès les premiers temps de l'histoire de la médecine que nous retrouvons la mention de syndromes abdominaux d'origine pottique, et ceci même avant que la carie vertébrale fut rattachée à son origine tuberculeuse.

Nous pouvons lire cette phrase, déjà assez caractéristique, dans les *écrits hippocratiques*.

« Quant aux malades qui sont affectés de gibbosité au-dessous du diaphragme, quelques-uns éprouvent des lésions des reins et de la vessie. De plus ils sont exposés à des dépôts purulents aux lombes et aux aines, dépôts de longue durée, de difficile guérison, et dont aucun ne résout la gibbosité ».

SYDENHAM, l'un des premiers maîtres de la médecine moderne écrit en 1683 :

« J'ai été trompé autrefois en croyant que cette douleur (lombaire) venait de quelque gravier arrêté dans les uretères ; au lieu qu'elle est actuellement causée par la matière enflammée qui, abandonnant le reste du corps, se jette sur cet endroit et y produit une ardeur brûlante ».

OLLIVIER D'ANGERS en 1827, signale dans son « Traité de la moëlle et des annexes » un cas de Mal de Pott où « les douleurs épigastriques s'accompagnaient de dysphagie et de véritables crises gastriques avec vomissements, et parfois même d'intolérance gastrique presque complète ».

BROCA rapporte des crises douloureuses intestinales.

Au fur et à mesure que l'affection est plus étudiée les faits analogues se multiplient, et des travaux plus complets sur cette question apparaissent.

La thèse de QUINTAA en 1868 renferme des observations de Mal de Pott confondu avec de l'entérite, de l'helminthiase.

PUEL consacre au « Mal Vertébral » en 1878 son importante et documentée thèse d'agrégation. Il insiste tout particulièrement sur la période de début, lente et insidieuse, où « le malade n'éprouve que quelques accidents généraux, consistant principalement dans des douleurs vagues du côté de l'abdomen ou du thorax, par des troubles gastriques se traduisant par de l'inappétence, voire même par de la gastralgie... Le propre de cette douleur prodromique est de ne point prendre son point de départ au siège de la lésion ».

IMBERDIS en 1886 dans sa thèse sur « les Symptômes du mal de Pott au début » consacre un important chapitre aux accidents viscéraux, et en particulier aux troubles de l'appareil digestif : « Nous avons eu la bonne fortune d'observer 2 cas dans lesquels des accidents gastriques, tout à fait comparables aux crises

viscérales de l'ataxie locomotrice, ont été la première manifestation d'une lésion vertébrale ».

LANNELONGUE consacre à la Tuberculose vertébrale ses leçons à la Faculté en 1888 ; et insiste dans son diagnostic sur la possibilité d'avoir à éliminer « des coliques néphrétiques, des vers intestinaux, des vomissements dus à des troubles gastralgiques, des troubles réflexes liés à quelque affection viscérale de l'estomac ou de l'utérus ».

GROGNOT en 1897 reprend encore la question et relève en particulier des cas où : « au récit qui m'est fait de la douleur je ne puis m'empêcher de songer à une colique néphrétique, quoique rien dans les antécédents ne soit en faveur de cette hypothèse ».

Enfin MENARD en 1900, dans son « étude pratique sur le Mal de Pott » met au point les diverses connaissances et théories en faveur à cette époque ; et relève lui aussi des douleurs abdominales et épigastriques qui ne devront pas être confondues avec celles relevant d'une altération des viscères : estomac — reins — utérus.

Il semble que cette insistance sur les troubles viscéraux du Mal de Pott soit due à l'influence des auteurs anglais et américains :

B. LEE (de Philadelphie) rapporte en effet, dès 1867, la fréquence des douleurs gastriques comme signe de début de carie vertébrale, et l'érige même en symptôme quasi-constant (9 fois sur 10).

LEWIS SAYRE en rapporte également plusieurs observations.

Puis après cette période, si riche en promesses, où le diagnostic clinique du Mal de Pott est approfondi, non seulement dans ses cas typiques, mais dans des symptômes considérés encore aujourd'hui comme exceptionnels, nous trouvons un silence complet sur cette question ; et les travaux des différents auteurs que nous venons d'étudier tombent dans l'oubli. C'est l'époque des grands progrès scientifiques, des débuts de la radiographie qui allait être d'un si grand secours dans les cas hasardeux ; et les méthodes adjuvantes du diagnostic laissent dans l'ombre les données cliniques et font négliger l'examen complet et approfondi du malade.

Mais dans ces quinze dernières années toute la question du Mal de Pott est refondue et une équipe d'orthopédistes de premier ordre remet en valeur les moindres signes de l'affection pour dépister le plus précocement possible la lésion à son début, même dans ses formes atypiques les plus difficiles, et instituer un traitement immédiat, véritable pierre de touche des formes monosymptomatiques.

Nous citerons seulement ici les travaux les plus importants :

Le traité d'ensemble de LANGE : « La tuberculose vertébrale : Mal de Pott » fait encore autorité sur la question.

De nombreux auteurs éclairent par leurs statistiques la fréquence des erreurs de diagnostic et la manière de les éviter :

CAPPELLE dans sa thèse sur le Mal de Pott dorso-lombaire de l'adulte.

COURBOULES dans son titre de médecine militaire.

DOCHE donne une statistique de 140 cas.

LARUELLE reprend la question au Congrès de Bruxelles en 1924.

Et COQUELET la présente à la Société belge d'orthopédie.

Enfin de nombreuses communications particulières finissent de mettre en valeur chaque symptôme atypique.

— Celles de F. RAMOND, de A. THOMAS, de VITO WITTING pour les syndromes dyspeptiques.

— de SIMOVITCH, BLAINE, CHURCHMANN, FOERSTER pour les affections rénales.

— de F. BERTRAND pour les cystalgies.

— BOQUEL et ROEDERER signalent des Maux de Pott opérés pour appendicite.

Et DELCHEF relate récemment un cas simulant une cholécystite aiguë.

Nous avons pu retrouver également des observations d'abcès pottiques, grossièrement confondus avec une hernie crurale ou inguinale, et l'erreur a pu être conduite jusqu'à l'intervention.

Enfin nos observations particulières nous ont montré que souvent chez la femme c'est à une affection utéro-ovarienne que l'on songe d'abord sans que le traitement symptomatique ait aucun effet sur les troubles observés.

Ne se contentant pas d'observer les faits cliniques,

les auteurs modernes ont essayé de préciser la pathogénie de ces divers accidents. Les données cliniques, expérimentales ou nécropsiques de A. THOMAS, de BARRE (Strasbourg) de SICARD, ont progressivement éclairé la question. Et la belle thèse de CATTOIR (Alger) précisant les relations de la colonne vertébrale et des principaux viscères, permet d'affirmer après lui l'origine sympathique de ces différents phénomènes.

Nous aurons donc à étudier :

1. — Des faits cliniques assez disparates, mais se rattachant tous à un syndrome d'apparence abdominale.

2. — Leur diagnostic et la possibilité de les rattacher à leur origine vertébrale par un examen approfondi du malade.

3. — Leur interprétation pathogénique, au moyen des notions anatomo-pathologiques, des données expérimentales et des faits cliniques analogues.

4. — Leur importance pronostique : celle-ci étant en rapport direct avec la précocité du diagnostic et du traitement.

LES FAITS CLINIQUES

Les faits cliniques, dans l'étude de ces formes atypiques de Mal de Pott au début, sont essentiellement variables suivant l'organe intéressé, ou, plus exactement, suivant celui auquel le malade les rapporte. Nous serons donc obligés de scinder en plusieurs parties leur étude, en nous basant uniquement sur les caractères subjectifs de la douleur.

Les douleurs postérieures, ou à irradiations lombaires égarent souvent le diagnostic vers une *étiologie rénale*. Nous verrons que ce sont les cas qui semblent les plus fréquents ; mais aussi les plus souvent signalés et comme tels, connus depuis longtemps, un peu moins intéressant pour le sujet qui nous occupe.

Les douleurs abdominales proprement dites, de caractère assez imprécis en général, ont pu faire soulever l'hypothèse :

de *gastrite*, de *cholécystite* lorsqu'elles siègent dans la moitié supérieure de l'abdomen.

de *colite* plus ou moins localisée à l'un des angles, d'*appendicite* surtout lorsqu'il s'agit de la fosse iliaque droite.

d'affection utéro-ovarienne lorsqu'elles irradient vers le petit bassin, cas très fréquent chez la femme. Et bien que cette dernière donnée ne nous semble pas avoir été signalée de façon très explicite, elle nous paraît l'une des plus importantes : car il est extrêmement séduisant de rattacher à une lésion, si minime soit-elle, de l'appareil génital, des troubles dont il est par ailleurs extrêmement difficile de fixer la nature exacte.

1. — AFFECTIONS RÉNALES ET MAL DE POTT

L'irradiation postérieure des douleurs d'origine potitique est une donnée maintenant classique. L'erreur trop fréquente avec un rhumatisme lombaire ou un lumbago est trop connue, et ne rentre d'ailleurs pas dans le cadre de cette étude. Mais il arrive que c'est beaucoup plus profondément qu'on situe l'origine des douleurs accusées par le malade; et la tuberculose vertébrale dans ces cas a pu simuler à peu près, *toute la pathologie urétéro-pyélo-rénale*.

A un moindre degré c'est à une *lithiase* qu'on pense, unie ou bilatérale suivant la topographie des douleurs. Leur siège assez profond dans la fosse lombaire, leur irradiation en ceinture simulant le trajet urétéral, surtout leur évolution par crises, leur caractère nettement provoqué par la fatigue, la station debout prolongée, la marche font comprendre une erreur trop fréquente.

Lorsque l'affection évolue par crises extrêmement

violentes, et le cas n'est pas rare, c'est une *colique néphrétique* qui est envisagée, quoique rien bien souvent dans les antécédents ne soit en faveur de cette hypothèse. Le siège principal de la douleur à la région lombaire, les irradiations vers la partie inférieure de l'abdomen et souvent la région inguinale semblent accuser un calcul. Mais la pression est extrêmement douloureuse de façon diffuse sur toute la région lombo-abdominale, et « les moindres mouvements que fait le malade pour se retourner dans son lit ou pour s'asseoir provoquent des douleurs invraisemblables. » (Grognot).

Parfois la douleur lombaire, plus ou moins vague et sourde, mais assez nettement localisée, s'accompagne à l'examen du malade d'un défaut de souplesse de la fosse lombaire, d'une tuméfaction profonde, plus ou moins nettement délimitée et décelable, qui peut en imposer pour un pôle pénal perceptible ou un gros rein. On comprend qu'on ait pu croire alors à une *ptose rénale*, une *hydronéphrose* (infectée ou non) une *tuberculose rénale* même, surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet tuberculeux avéré.

Mais lorsque s'ajoute encore à ce tableau une température oscillante, avec altération rapide de l'état général c'est toute la clinique d'une *suppuration rénale* qui est constituée ; et suivant les signes adjacents et l'évolution on sera autorisé à évoquer une *pyélonéphrite*, ou un *phlegmon périnéphrétique*.

Il arrive qu'un examen soigneux, approfondi du malade, une radio opportune qui montre l'absence

de calculs mais par contre une lésion vertébrale, l'apparition clinique d'un symptôme de la série du Mal de Pott, permettent de redresser rapidement le premier diagnostic, émis seulement à l'idée d'hypothèse.

Mais la tuberculose vertébrale complètement latente, quant à ses signes rachidiens, peut conduire à des catastrophes opératoires. Dans notre seule statistique nous avons pu relever une *néphropexie*, et, fait beaucoup plus grave, une *néphrectomie* intempestives; ainsi que quatre *incisions para-lombaires* pour abcès périnéphrétiques qui toutes quatre ont conduit sur un abcès ossifluent, et abouti à une fistule. La gravité de transformation d'une tuberculose fermée et aseptique (mis à part le bacille de Koch) en tuberculose ouverte n'est plus à démontrer; et nos observations confirment ces données puisque l'une des malades opérées dans ces conditions avant son arrivée à Berck, est décédée quelques mois plus tard de suppuration prolongée avec infection secondaire et amylose.

II. — LES EPIGASTRALGIES

Tout aussi fréquents, quoique peut-être un peu moins souvent signalés dans la littérature médicale, semblent les syndromes épigastralgiques. Comme les affections rénales ils sont essentiellement polymorphes et peuvent faire errer le diagnostic depuis une simple *gastrite hypo* ou *hyperpeptique* jusqu'à une *lésion ulcéreuse* de la muqueuse.

Le premier travail important sur cette question (et le seul que nous ayons rencontré en mettant à part les simples communications particulières) est la thèse d'Imberdis, en 1886, qui est à peu près exclusivement consacrée à ce sujet.

Dans la plupart des cas observés on relève simplement des *troubles dyspeptiques*, plus ou moins vagues et explicites, mais qui se résument à peu près en ceci : anorexie progressive, lenteur des digestions, pesanteur épigastrique, état nauséux à peu près permanent, et même vomissements, d'apparition assez irrégulière et inconstante.

Dans les cas plus accentués les « douleurs d'estomac » deviennent alors le symptôme dominant. Elles peuvent revêtir des types multiples : pesanteur, picotements, brûlures, crampes, d'intensité variable. Ces douleurs siègent en règle à l'épigastre mais souvent aussi à l'ombilic ou entre ces deux régions. Elles peuvent rester fixes dans leur siège ou irradier dans le dos, les espaces intercostaux, les hypocondres. « Certaines de ces irradiations sont bien lointaines, bien anormales pour une gastropathie légitime » (Bouchut).

L'apparition de ces douleurs est très diverse, non seulement d'un malade à l'autre, mais même pour un seul malade. Elles sont souvent provoquées, mais par des causes multiples, tant digestives (ingestion alimentaire) qu'extra-régionales, comme la marche, l'effort, la fatigue. « le choc sur le tronc » (Puel). Mais elles peuvent apparaître aussi sans aucune cause évidente

et surviennent de préférence alors dans la deuxième moitié de la nuit.

Leur évolution est essentiellement irrégulière : les régimes, les médications symptomatiques, malgré la diversité des essais, restent sans aucune efficacité, et seul le repos complet en décubitus dorsal amènera leur amélioration.

Il est plus rare qu'il s'agisse d'une crise extrêmement intense tout à fait comparable à la véritable *crise gastrique* de l'ataxie locomotrice : « Une violente douleur se produit à l'épigastre et dure plusieurs jours, des vomissements l'accompagnent, pénibles, douloureux, glaireux ou verdâtres, sanglants parfois ou mieux sanguinolents » (Imberdis). Brusquerie d'apparition et de détente, atrocité de la douleur, intolérance gastrique absolue, absence de passé digestif, intégrité de l'estomac après la crise, sont autant d'analogies avec la crise viscérale tabétique.

Les signes associés à l'une quelconque de ces manifestations peuvent rendre l'erreur encore plus facile.

La périodicité des douleurs, leur exagération quelques heures après les repas, feront craindre la présence d'un *ulcère*.

L'association d'une « teinte cachectique des téguments », d'un amaigrissement marqué, d'une anémie, évoqueront aussitôt la possibilité d'un *néoplasme*.

Et chez un *éthylisme*, qui peut accuser en outre des phénomènes gastriques, des douleurs dans les membres inférieurs, avec parfois même faiblesse et dérobement des jambes, c'est à une *intoxication chronique*

que l'on pensera plutôt qu'à une carie vertébrale avec déjà un certain degré de compression médullaire.

Il ne faut pas compter pour éclairer le diagnostic sur les données des examens de laboratoire. L'étude de la chimie digestive, les épreuves radiologiques donnent des résultats trop variables dans ces cas, et dont toute la valeur tient souvent dans leur interprétation. Les signes différentiels devront là encore être basés sur les constatations de l'observation clinique, les signes paradoxaux, l'inefficacité du traitement, et l'évolution soigneusement suivie de l'affection.

III. — LES FAUSSES APPENDICITES POTTIQUES

La facilité avec laquelle est actuellement posé le diagnostic d'appendicite chronique explique que celui-ci soit bien souvent à tort mis en cause. Très nombreuses sont les affections qui peuvent donner un syndrome de la fosse iliaque droite; et parmi celles-ci le Mal de Pott tient une place non négligeable.

Nous avons retrouvé de nombreuses communications de Boquel, de Courboulès, de Lance et l'étude des Maux de Pott de l'hôpital maritime nous en donne huit nouveaux cas qui sont tous bien significatifs.

Le malade accuse une douleur sourde au niveau de la fosse iliaque droite, en un point qui correspond à peu près à celui de Mac Burney. Cependant en général cette douleur est moins fixe et surtout plus étendue, plus étalée que celle d'un point ap-
pendicu-

laire banal. Elle peut être à peu près permanente, s'exagérant à l'effort, la station debout prolongée, l'extension de la cuisse sur le bassin, ou n'apparaître qu'à l'occasion de l'une de ces causes déclenchantes.

Tantôt complètement isolée, elle peut s'accompagner dans d'autres cas de quelques troubles digestifs, d'un état nauséux, ou même de vomissements, de perturbations du transit intestinal : diarrhée ou constipation plus souvent. Parfois un état subfébrile, une atteinte plus ou moins marquée de l'état général avec pâleur et amaigrissement peuvent compléter le tableau clinique de l'appendicite chronique banale.

Mais en règle il ne se greffe jamais, sur cet état permanent, de véritables crises appendiculaires, avec leurs douleurs brusques, intenses, si caractéristiques, leurs vomissements, leur ascension thermique et surtout leur défense musculaire localisée.

C'est en règle « à froid » qu'on opère ces malades pour la persistance et le caractère rebelle des troubles qu'ils présentent.

Très souvent l'intervention semble se passer normalement ; l'appendice apparaît cependant à peu près normal, à peine un peu rouge ou congestionné, lésions trop minimes à un observateur averti pour le caractère des signes cliniques présentés par le malade.

Mais les suites opératoires sont beaucoup moins brillantes.

Dans les cas les plus heureux la cicatrisation de l'incision opératoire survient ; mais rapidement, en pratique dès que le sujet, quittant le repos forcé hos-

pitalier reprend ses occupations normales, *les douleurs reprennent* à peu près inchangées, avec les mêmes caractères qu'avant l'intervention.

Très souvent la plaie abdominale ne se ferme pas. Il se constitue une *fistule* rebelle, qui va suppurer durant de longs mois, amènera à réviser le diagnostic, et ne réagira qu'au traitement orthopédique du foyer osseux.

Dans d'autres cas enfin le chirurgien a la surprise opératoire de tomber sur un abcès ossifluent, souvent volumineux, pouvant contenir même plusieurs litres de pus et dont l'origine vertébrale apparaît alors à peu près évidente.

C'est exceptionnellement que le Mal de Pott pourra simuler une crise d'appendicite aiguë. LANCE cependant relate le cas de trois malades opérés dans ces conditions.

Aussi grossières que de telles erreurs, surtout les dernières, puissent apparaître, elles n'en demeurent pas moins parmi les plus fréquentes des maux de Pott pseudo-viscéralgiques, et ce sont celles que nous avons rencontrées le plus souvent dans l'étude des cas qui ont motivé notre travail.

Bien qu'étant essentiellement l'apanage de l'adulte on a pu en signaler quelques cas chez l'enfant : et c'est à peu près la seule forme abdominale que le Mal de Pott puisse revêtir au-dessous de 15 ans. Il est rare que les symptômes vertébraux soient complètement absents, comme chez l'adulte; et le diagnostic, plus rapidement redressé, est rarement conduit jusqu'à l'intervention.

IV. — LES ÉTATS PARA-DIGESTIFS

Il nous reste à étudier quelques tableaux cliniques qui, pour être beaucoup moins souvent en cause, montrent la multiplicité des formes que peut revêtir le Mal de Pott.

Un syndrome de l'hypochondre droit, avec pesanteur intermittente ou permanente, ou même douleur vraie assez intense, s'accompagnant de petits troubles digestifs avec nausées, anorexie, d'altération de l'état général feront penser à une *cholécystite* : c'est un de ces cas intéressants que vient de relater récemment DELCHEF.

Si les douleurs sont très intenses, évoluant par crises paroxystiques, sur ce terrain présumé lithiasique c'est à une *colique hépatique* qu'on attribuera tous les symptômes, d'autant plus que le point douloureux dorsal, qui se rencontre plus fréquemment dans ces cas, pourra être pris pour une irradiation de la douleur cholédocienne.

Le terme vague d'*entéro-colite* servira bien souvent à masquer des troubles imprécis qui ne font pas leur preuve clinique : douleurs abdominales diffuses, variables dans le temps et dans l'espace, spontanées, sans point douloureux précis à l'examen, sans réaction de défense localisée, mais avec parfois un peu de météorisme. Des troubles du transit intestinal peuvent leur être associés et certains auteurs ont insisté sur l'importance de la *diarrhée*, sans qu'on trouve pour

l'expliquer ni écart de régime, ni influence saisonnière. « Nous ne parlons pas ici de la diarrhée qui s'observe à la dernière période de l'affection chez des malades cachectiques, ou lorsqu'un abcès s'est ouvert dans l'intestin, ou quand il y a des lésions d'entérite tuberculeuse. Nous n'avons en vue qu'une diarrhée spéciale, que sa disparition ou même sa guérison complète observée dans plusieurs cas ne permettent pas de rattacher à une lésion organique profonde. Cette variété de diarrhée se montre au début. » (Imberdis).

L'helminthiase intestinale a pu être soupçonnée non chez l'adulte, mais chez un enfant « pâle, qui se fatigue vite, vomit souvent. »

Dans le doute le meilleur moyen est de recourir aux vermifuges, en attendant néanmoins quelques jours après leur administration, même suivie de succès, pour se prononcer : il faut se méfier d'une coïncidence, et savoir que les troubles dus aux parasites ne disparaissent pas toujours brusquement après l'expulsion de ceux-ci.

Des douleurs abdominales diffuses, des troubles entéritiques variables d'un moment à l'autre, un état général déficient, et, à l'examen, un ballonnement abdominal, souvent peu accusé, irrégulier dans sa répartition, avec même zone d'empatement profond un peu douloureux, feront craindre une *infiltration tuberculeuse du péritoine*. Imberdis signale un cas de ce genre dans sa thèse : « Notre malade présentait des désordres abdominaux qui faisaient songer à une pé-

ritonite. Et ce diagnostic se fut certainement imposé si la température avait été au-dessus de la normale, si le poulx eut présenté de l'accélération. Le ventre était ballonné, douloureux ; il y avait des vomissements très pénibles et verdâtres. Seulement le météorisme abdominal ne s'accompagnait pas de douleurs à la pression ».

Tous ces symptômes traduisent en général les réactions prémonitoires à la formation d'un abcès ossifluent.

Enfin il est encore une source d'erreurs auxquelles exposent les abcès iliaques du Mal de Pott, abcès migrateurs fusant à distance dans la gaine du psoas pour s'extérioriser d'abord dans la fosse iliaque, puis au-dessous de l'arcade crurale : c'est de les confondre avec une *hernie*.

L'abcès uniquement iliaque a pu être diagnostiqué : hernie musculaire, éventration mais il est rare que cette erreur soit maintenue longtemps.

Par contre la poche inférieure, crurale, d'un abcès en bissac, qui apparaît souvent insidieusement, sans douleur, est mate, réductible quoique non expansive, a pu être prise pour une hernie, crurale ou inguinale, et, dans quelques cas extrêmes, ce n'est là aussi qu'à l'intervention que le diagnostic exact a été posé.

Nous ne pouvons passer sous silence, quoique ne rentrant pas exactement dans le cadre des syndromes abdominaux, cette observation de Courboulès ayant trait, elle aussi, à un abcès pottique migrateur. Le malade est hospitalisé pour une tuméfaction scrotale

droite, assez volumineuse, strictement unilatérale, apparue en très peu de temps au cours d'un voyage sans réaction inflammatoire appréciable — quelques jours après il est opéré pour *tuberculose testiculaire* (castration droite). La plaie opératoire devient fistuleuse. Il s'agissait d'un énorme abcès ossifluent à point de départ vertébral (12° vertèbre dorsale et 3 premières lombaires).

V. — LES AFFECTIONS UTERO-ANNEXIELLES

Il est très fréquent chez la femme que les douleurs pottiques siègent, ou aient une irradiation maximum, très bas, et en imposent pour des névralgies pelviennes d'origine annexielle.

Parfois une lésion génitale peut être retrouvée : la coïncidence avec un Mal de Pott est loin d'être une rareté, sans qu'on veuille y trouver d'autre cause qu'une commune fréquence. Et la latence de la lésion vertébrale fait rattacher au petit bassin tous les troubles présentés par la malade.

C'est ainsi que deux de nos patientes sont opérées pour *Kyste de l'ovaire*, et une autre pour *rétroversion utérine*. Nous ne mettons pas en doute la véracité de ces diagnostics ; mais la persistance des douleurs après l'intervention montre que leur étiologie n'était pas dans l'affection utéro-ovarienne.

Dans d'autres cas il n'y a qu'une lésion génitale minime, insuffisante pour expliquer l'intensité des

troubles présentés par les malades. Mais l'absence de toute autre cause les fait rattacher à une *métrite*, une légère *salpingite*, une petite *ovarite scléro-kystique*, et la multiplicité des moyens thérapeutiques essayés est la meilleure preuve de l'insuffisance de ce diagnostic.

Nous voulons encore signaler un cas, où le début du Mal de Poot coïncida avec une *grossesse* ; les douleurs lombaires très vives que présentait la malade furent attribuées à des troubles de compression par utérus gravide. L'erreur fut poussée jusqu'à l'accouchement ; et ce n'est que quelques mois plus tard, les douleurs persistant toujours, qu'un examen plus approfondi fit reconnaître la lésion vertébrale.

Dans nos observations de maux de Pott chez la femme, le début de l'affection s'est révélé fréquemment soit pendant, soit après une grossesse : on ne saurait donc trop insister sur l'intérêt capital qu'il y a à examiner la colonne vertébrale, cliniquement et radiologiquement, chez toute femme enceinte ou récemment accouchée qui présente des troubles douloureux pouvant rappeler de près ou de loin l'existence d'une carie vertébrale tuberculeuse.

LE DIAGNOSTIC DES VISCERALGIES POTTIQUES

Un ensemble aussi varié de douleurs d'origine pottique, une telle fréquence des erreurs de diagnostic, dans les domaines pathologiques les plus divers et par les auteurs les plus compétents, font comprendre toute la difficulté d'un diagnostic exact et précoce ; et la nécessité pour le poser avec certitude d'un examen approfondi du malade, d'une analyse minutieuse des symptômes qu'il accuse, d'une confrontation des résultats d'examens et des interrogatoires pratiqués à intervalles réguliers et assez rapprochés. C'est dans ces seules conditions que l'on pourra préciser les deux grands groupes de phénomènes indispensables au diagnostic :

— la présence de signes paradoxaux et inexplicables dans le domaine de la première hypothèse pathologique émise.

— la concordance des troubles présentés par le malade, soit au point de vue objectif, soit par leur caractère évolutif, plus rarement dans leur ensemble avec les données classiques concernant les névralgies pottiques habituelles.

Quant aux signes locaux du côté du rachis ils ont naturellement une valeur primordiale ; mais nous verrons leur apparition souvent tardive, leur difficulté d'interprétation, et même parfois leur absence complète non seulement clinique mais radiologique.

LES SYMPTÔMES PARADOXAUX

Nous venons d'étudier avec les faits cliniques un ensemble de troubles qui semble simuler à peu près complètement toute la symptomatologie abdominale.

Cependant il s'en faut de beaucoup que l'analogie soit aussi complète en réalité ; un examen série des signes permet d'infirmer sérieusement cette hypothèse et de remettre en suspens le diagnostic.

C'est tout d'abord l'étude *des douleurs subjectives* elles-mêmes qui peut déjà donner l'éveil :

Leur *mode d'apparition* est essentiellement variable et il est rare de retrouver dans tous les cas la notion de cause provocatrice qu'il semble logique de rechercher.

Si mouvements et secousses peuvent déclencher aussi bien une crise lithiasique que pottique ; par contre l'influence des repas reste sans effet ; et cette notion prend une grande valeur dans les cas d'épigastrie.

Leur *siège* peut correspondre exactement à celui de l'organe incriminé. Mais un examen attentif montrera que très souvent la douleur déborde la zone de

projection viscérale ou n'y correspond qu'incomplètement, qu'elle peut être variable d'un jour à l'autre, qu'elle reste fixe, quelle que soit la position du malade alors que l'organe se déplace.

Enfin les *irradiations* peuvent être souvent suspectes :

— parfois elles manquent : et c'est le cas d'une douleur néphrétique n'atteignant pas la région inguinale et les organes génitaux, d'une colique hépatique ne prenant ni l'épaule ni l'omoplate droite, d'une douleur d'ulcus non transfixiante vers la région dorsale ;

— dans d'autres cas elles sont trop diffuses pour une lésion sur un organe déterminé : elles s'étalent progressivement au cours d'une crise douloureuse ou sur un cycle évolutif plus prolongé : se bilatéralisent, irradient dans un ou deux membres inférieurs » et ces irradiations sont bien lointaines, bien anormales pour une viscéralgie légitime » (Bouchut).

De leur caractère même il est difficile de tirer des conclusions appréciables ; car la perception douloureuse est très limitée et reste égale à elle-même quelle que soit l'origine de la douleur.

Mais le *mode évolutif* est beaucoup plus important : la douleur ne se calmera pas avec l'amélioration de la lésion incriminée et l'échec thérapeutique est l'un des arguments les plus probants de l'erreur de diagnostic.

Régimes alimentaires multiples, calmants de toute sorte, antispasmodiques, antiseptiques urinaires, cholagogues ou cholérétiques, vermifuges, injections et

pansements vaginaux, sangles antiptosiques, bandages herniaires, cures hydrominérales, font l'objet de nombreux essais thérapeutiques sans succès.

Des interventions plus actives, chirurgicales ont été tentées de même, et les douleurs restent aussi rebelles.

Le diagnostic hésitant s'arrête tout à tour sur différentes hypothèses : et la multiplicité des diagnostics posés chez un même malade montre dans bien des cas qu'aucun de ceux-ci n'était satisfaisant.

Un interrogatoire minutieux précisera qu'une seule influence amène la cessation des douleurs, et l'amène dans tous les cas : c'est le repos en décubitus dorsal, prolongé et judicieusement suivi. Et ce caractère capital doit aussitôt attirer l'attention vers une origine vertébrale possible.

C'est avec un peu d'inquiétude devant des données subjectives aussi paradoxales que l'on abordera *l'examen clinique* du malade.

A des douleurs subjectives, qui peuvent être intenses et très nettement caractérisées, correspondent souvent des points douloureux provoqués beaucoup moins précis : si la pression détermine bien une réaction sensitive, il est rare que celle-ci ne soit pas diffuse et prenne le type des points douloureux si nets d'un ulcus gastrique ou duodénal, des points urétéraux d'une lithiase rénale, d'un signe de Murphy cholécystique.

On sait que les résultats cliniques sont souvent difficiles à apprécier et l'on recherchera les autres signes indépendants de la douleur, de l'affection viscérale in-

criminée. Là encore on se trouvera en présence de signes essentiellement variables et discordants.

Malgré la probabilité d'une lithiase, les urines restent claires et limpides, sans albumine, sans pus, sans hématurie microscopique.

Les pseudo-digestifs n'accusent aucun trouble du transit gastro-intestinal.

Les hépatiques n'ont jamais présenté d'ictère ni même d'urobilinurie.

Les affections salpingo-ovariennes ont débuté sans qu'on puisse incriminer une blennorragie et l'examen du pus vaginal ne permet pas de retrouver de gonocoques.

Enfin les examens radiologiques s'obstinent à ne pas montrer d'image ulcéreuse ou néoplasique, de calcul vésiculaire ou rénal, de points douloureux correspondant à un caecum peu mobile par réaction appendiculaire chronique.

Nous avons été peut-être un peu schématique dans l'exposé de ces cas qui se présentent en clinique avec une très grande fréquence : mais la notion pratique qui en découle est l'extrême polymorphisme des manifestations pottiques, la discordance entre les phénomènes accusés par le malade, les résultats de l'examen et les épreuves para-cliniques, enfin l'insuccès thérapeutique. Et ces données devront inciter le médecin à savoir réserver son diagnostic, revoir le malade à intervalles rapprochés et tâcher de vérifier de nouvelles hypothèses morbides parmi lesquelles il faudra savoir penser à la possibilité d'une lésion rachidienne.

LE CARACTÈRE DES MANIFESTATIONS POTTIQUES

A quels signes peut-on donc reconnaître l'origine vertébrale des viscéralgies ?

Classiquement les douleurs pottiques se caractérisent par tout un ensemble de signes très évocateurs. Ici il faudra savoir se contenter de quelques modalités seulement, mais dont le groupement devra aussitôt faire rechercher les autres signes d'un foyer vertébral et instituer l'épreuve thérapeutique : l'immobilisation stricte et suffisamment prolongée.

Ces douleurs surviennent rarement au repos : elles sont alors surtout nocturnes, dans la deuxième moitié de la nuit, et seraient théoriquement dues à un relâchement par le sommeil de la contracture musculaire.

En fait elles sont *essentiellement provoquées* par un état de fatigue locale : attitudes déterminées du tronc, station debout prolongée, marche un peu longue et en terrain inégal, secousses : toux, éternuement — ce caractère, souvent mal précisé par le malade, prend une grande valeur s'il est retrouvé lors de plusieurs crises successives.

Les douleurs affectent tous les degrés possibles, mais elles sont souvent intenses, atteignant d'emblée leur maximum, restant rarement très fixes et localisées mais tendent à la diffusion, à la bilatéralisation, ont des irradiations nombreuses surtout en ceinture et vers les membres inférieurs.

Malgré l'intensité que revêtent parfois les phénomènes

nes algiques, la pauvreté, voire l'absence d'autres signes fonctionnels est à souligner.

Les thérapeutiques ordinaires, souvent même la morphine les laissent rebelles ; mais l'immobilisation amène une sédation rapide, souvent dans une position déterminée que connaît bien le malade ; et l'un d'eux avait même réalisé, par son seul empirisme, une véritable extension continue. « Le malade arrive à diminuer ses douleurs en se suspendant par les bras à la tête de son lit, et en engageant les deux pieds dans les barreaux du pied du lit de manière à exercer une véritable extension ». (Imberdis).

Enfin ces douleurs surviennent par crises de durée et de rapprochement variables, mais avec une tendance très nette à *l'aggravation progressive* devenant chaque fois plus intenses, plus diffuses et plus prolongées.

En présence de telles modalités symptomatiques il faudra penser à *rechercher* les signes possibles d'un *mal de Pott*.

On ne doit s'attendre à trouver dans ces formes un syndrome vertébral classique.

Dans quelques cas exceptionnels, chez un malade qui s'inquiète et consulte tardivement on pourra constater d'emblée une rigidité vertébrale, un recul d'une apophyse épineuse, voire même une gibbosité coïncidant avec la découverte d'un abcès profond. Ces observations ne nous intéressent qu'à peine ici et l'erreur serait trop grossière de méconnaître un tel ensemble clinique.

Mais en général le mal de Pott viscéralgique reste apparemment silencieux au point de vue vertébral; et seul un examen minutieux permettra de noter un minimum de symptômes.

La *contracture musculaire localisée* ne sera guère mise en évidence par les simples épreuves de flexion et de torsion du tronc.

L'*hypéréxtension limitée* a déjà beaucoup plus de valeur. « Mais elle peut être masquée si on la recherche sur le malade debout; il faut la rechercher sur le malade couché sur le ventre, en soulevant les membres inférieurs, ce qui n'est pas toujours facile ». (Doche)

L'on a encore insisté (Lance) pour mettre cette raideur en évidence, sur la difficulté qu'éprouve le malade en décubitus dorsal à se retourner pour permettre l'examen de la région rachidienne et la lenteur précautionneuse des mouvements que demande une telle manœuvre.

Il ne faut pas compter mettre en évidence une modification des rapports vertébraux, un décalage d'une apophyse épineuse. De même il est rare de trouver un point douloureux provoqué et précis « sauf peut-être une zone douloureuse à la pression un peu forte non pas tant sur l'apophyse épineuse elle-même, qu'à côté de cette apophyse et sur un seul côté du bord ». (Barré)

Par contre il est de grande importance de *rechercher un abcès*, qui pourrait s'être déjà constitué à ce stade clinique, et serait un signe décisif en faveur

d'une tuberculose vertébrale; collection psoïque en particulier : et l'on s'attachera à préciser l'état des fosses iliaques, la souplesse du psoas, (dans l'extension de la cuisse placée en position de rotation interne). la dépressibilité des fosses lombaires.

Enfin à chaque examen on saura rechercher une *participation du système pyramidal* : exagération, même minime, légère différence dans l'intensité des réflexes rotuliens et achilléens, ébauche d'extension ou d'éventail dans la réponse d'un réflexe cutané plantaire.

Mais l'examen nerveux devra être encore plus précis et porter sur les *troubles objectifs de la sensibilité* : bandes à disposition radiculaire d'hypo ou d'hyperesthésie, troubles de conduction du sympathique (réflexe pilo-moteur, épreuve au nitrite d'amyle et à la pilocarpine).

De bonnes *épreuves radiographiques*, face, profil, (les deux profils droit et gauche) et même trois quarts (Roederer), avec toutes les précisions d'appareillage et de technique, sont indispensables pour confronter ces données cliniques.

On précisera surtout l'état des disques, pris en position comparable les uns par rapport aux autres. « Tout le syndrome radiologique du Mal de Pott lombaire peut se borner au seul pincement du disque, visible sur le cliché de face, il doit surtout être recherché sur le profil avec les disques voisins et l'épreuve étant examinée « de loin » pour avoir une vue d'ensemble » (Nauleau).

On recherchera la moindre altération vertébrale : flou d'un bord, effritement d'un plateau, encoche au niveau d'un angle, tache différente de tonalité dans l'épaisseur d'un corps vertébral.

Enfin on vérifiera le rapprochement ou l'écartement de deux pédicules; et la possibilité d'un décollement périosté se traduisant par un épaississement du surtout péri-vertébral sous forme d'un fuseau, ovulaire qui resterait l'un des signes les plus précoces et les plus facilement mis en évidence d'un mal de Pott dorsal.

Mais il peut arriver que chez l'adulte une lésion centrale d'une vertèbre reste longtemps sans aucune traduction radiologique : et il faudra attendre en réservant son diagnostic et en immobilisant le malade que des clichés répétés permettent enfin de saisir le premier signe d'une altération ostéo-articulaire.

Une *ponction lombaire* est parfaitement autorisée dans ces cas silencieux; et l'on a signalé l'apparition précoce d'une dissociation albumino-cytologique précédant tout autre signe vertébral (Sicard).

En même temps on recherchera l'origine tuberculeuse de ces accidents par un *examen général*.

L'étude des antécédents pourra montrer une hérédité plus ou moins chargée; mais c'est surtout l'histoire du malade lui-même qui est intéressante en permettant parfois de découvrir une autre localisation bacillaire, en particulier pleurésie séro-fibrineuse qui semble coexister avec un Mal de Pott et surtout le précéder très souvent.

Les courbes de poids et la température seront régulièrement notées et auront une notable influence dans la balance du diagnostic.

Une cuti ou intra dermo réaction à la tuberculine donneront des résultats d'intérêt variable mais qui ne devront pas être négligés.

Il faut en effet se rappeler que les manifestations pseudo-viscéralgiques par lésion vertébrale ne sont pas uniquement dues au Mal de Pott mais qu'elles peuvent se rencontrer dans presque toutes les affections rachidiennes : et on les a en particulier signalées dans les malformations congénitales des vertèbres (A. Richard), dans le rhumatisme vertébral chronique (Cattoir) dans la maladie de Kummel Verneuil (Turriès) dans le cancer et même l'antinomyose vertébrale.

Ces notions nous seront d'un grand secours, par l'analogie symptomatique qu'elles présentent avec le Mal de Pott, pour un essai pathogénique de ces manifestations douloureuses.

LES SYNDROMES ABDOMINAUX NON DOULOUREUX

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des syndromes abdominaux non douloureux, dont le plus important reste celui des *fausses hernies* par abcès migrant ossifluent.

On peut être induit en erreur par la similitude des signes cliniques : les abcès psoïques en bissac fusant sous l'arcade crurale, subissent plus ou moins l'impul-

sion à la toux, sont parfois complètement réductibles et même peuvent permettre après cette réduction « l'introduction du doigt dans un anneau qu'on prend pour un collet herniaire » (Roederer).

Mais si les symptômes locaux sont comparables ils restent isolés dans la hernie, alors qu'un abcès pottique aussi important s'accompagne de réaction du psoas, avec comblement profond de la fosse iliaque. Là encore la clé du diagnostic réside dans un examen complet et approfondi du malade.

ESSAI D'INTERPRETATION PATHOGENIQUE

La notion de viscéralgies d'origine vertébrale est loin de sembler évidente au premier abord; sa pathogénie a fait l'objet de nombreuses études. Il semble que la majorité des auteurs soient actuellement d'accord pour leur attribuer une *origine sympathique*; nous allons essayer avec eux de vérifier cette hypothèse.

Le premier qui s'intéresse à ce problème et soulève la possibilité de « *sympathalgies* » est Imberdis, malgré l'insuffisance des moyens d'investigation dont il dispose. En effet dans sa thèse en 1886 il consacre un chapitre important à cette question qu'il met déjà nettement en lumière.

« Une idée fort séduisante est de considérer ces désordres comme des viscéralgies, comparables aux crises viscérales de l'ataxie locomotrice ou de la sclérose en plaques.

Ces douleurs, qu'elles siègent dans les membres ou les viscères, trouvent leur explication naturelle dans l'irritation des éléments nerveux des zones radiculaires postérieures.

Comme les plexus viscéraux contiennent à la fois des fibres du grand sympathique et des fibres de la vie de relation, et que d'autre part les filets nerveux végétatifs affectent avec les racines postérieures des connexions bien déterminées, on peut leur appliquer les données par lesquelles on explique les douleurs des membres dans le Tabès ».

Malgré l'intérêt de la question celle-ci retombe dans l'ombre et y restera jusqu'aux travaux de Sicard en 1918.

Mais à partir de ce moment l'étude du sympathique va prendre une place progressivement prépondérante : Gilis et Hovelacque en précisent l'anatomie, André Thomas (1924) rapporte une belle observation avec vérification nécropsique : Sorrel (1926) et Vito Witting (1929) rapprochent les observations cliniques des données expérimentales; et plus récemment encore la thèse de Cattoir (Alger 1931) et le rapport de A. Richard (1933) sur les arthrites vertébrales chroniques contribuent à éclairer complètement la question : nous leur ferons de nombreux emprunts.

1) LA DOULEUR VISCERALE EST D'ORIGINE SYMPATHIQUE

Les recherches plus ou moins récentes, tant anatomiques qu'expérimentales, ont montré le rôle du sympathique dans la pathologie douloureuse.

Tous les chirurgiens de la douleur : Forgue, Leriche, Foerster, considèrent que les résultats obtenus

par les ramisections plaident en faveur de l'existence de voies sensibles sympathiques.

Les résultats obtenus au cours de l'anesthésie paravertébrale (Kapp et Lawen Mandl), qui consiste à bloquer le ganglion paravertébral et le rameau communicant adjacent par une injection de novocaïne, sont tout aussi probants qu'une ramisection.

Enfin Danielopolu, Jonesco et Ionesco, Leriche au cours d'interventions à l'anesthésie locale, irritent des fibres sympathiques et déclenchent des douleurs.

Il est donc logique d'admettre l'existence d'une sensibilité viscérale empruntant les voies sympathiques.

2) LA PERCEPTION DOULOUREUSE PEUT SE PRODUIRE A DISTANCE DE LA LÉSION IRRITATIVE

Une loi de physiologie générale nous apprend que « si la cause irritative peut agir sur les extrémités originelles des nerfs, elle peut agir aussi sur le trajet des nerfs à des hauteurs différentes (sur les troncs nerveux, les racines médullaires, les voies encéphalo-médullaires). »

Mais dans tous les cas la douleur est rapportée à l'organe ou à la région où le nerf a ses expansions périphériques (Morat).

Les différentes expériences des auteurs précités montrent que cette loi, établie pour les fibres cérébro-spinales, s'applique aussi aux fibres sympathiques.

Cette étude théorique nous permet donc de conclure qu'une lésion irritative située en un point quelconque de la voie sensitive viscérale peut provoquer des viscéralgies.

3) RAPPEL ANATOMIQUE : LES RAPPORTS DU SYMPATHIQUE ET DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Il existe le long de la colonne vertébrale un chapelet bilatéral de canaux osseux creusés aux dépens des pédicules vertébraux : ce sont les trous de conjugaison qui donnent passage aux paires nerveuses des différents segments rachidiens; quelques unes, et en particulier celles de la colonne dorsale contiennent presque exclusivement des filets sympathiques viscéraux, conduisant la sensibilité profonde de l'abdomen et du thorax.

Le système végétatif est à ce niveau en rapport intime avec les vertèbres et leurs articulations : il peut être littéralement plaqué contre le squelette, ou dans une mince couche celluleuse ; puis il étale ses ganglions et ses cordons intermédiaires le long de la colonne vertébrale.

Dans la région dorsale, il repose sur la face latérale du rachis en avant des articulations costo-vertébrales, donc au contact même de la partie périphérique des disques.

Aux lombes il est sur la partie antéro-latérale des corps vertébraux, en dedans des insertions du psoas,

par conséquent au voisinage immédiat des disques et des articulations des corps vertébraux.

Des rameaux communicants relient ces ganglions sympathiques aux différentes paires rachidiennes.

De tous ces plans, médians ou prévertébraux, partent des filets gagnant les viscères, soit par les plexus artériels, soit par des rameaux directs qui vont entrer dans la constitution des plexus viscéraux (juxta ou intra-viscéraux, encore dits parenchymateux).

Il existe donc des rapports étroits entre le rachis et les différentes formations sympathiques : rameaux communicants, ganglions, origine des nerfs viscéraux (splanchniques en particulier).

4) LES LÉSIONS DU SYMPATHIQUE

Il devient facilement compréhensible que les lésions des rameaux communicants et des ganglions du sympathique sont loin d'être rares. Mais les signes par lesquels elles se traduisent ont été pendant longtemps peu connus, et de ce fait on ne leur a pas attribué beaucoup d'importance. Mais quelques autopsies précises ont permis de se rendre compte du mécanisme de leur production.

Ces lésions vont atteindre principalement les filets nerveux au niveau et aux alentours des trous de conjugaison. Dans la plupart des cas il est vraisemblable que le rôle principal d'irritation est dévolu à la gouttière oséo-conjonctive : le tronc nerveux est bloqué

dans son manchon osseux, fibro-osseux ou même aponevrotique devenu trop étroit par les circonstances pathologiques : le processus tuberculeux, qui se propage des régions osseuses vertébrales jusqu'aux trous de conjugaison, ou peut encore agir sur ceux-ci par un œdème de voisinage.

Mais le nerf peut encore être irrité plus directement par la présence d'un abcès ossifluent.

Les rapports entre la chaîne sympathique et les parois de l'abcès sont variables : la collection suppurée peut se développer en avant ou en arrière du plan sympathique (le soulevant et le distendant), ou l'englober de toutes parts. Les rameaux nerveux peuvent déprimer la paroi de l'abcès et sembler pénétrer à son intérieur.

Quant à la lésion nerveuse elle-même, elle a pu être discutée : il y a d'ailleurs plutôt irritation que lésion à proprement parler : mais s'agit-il de compression simple, d'œdème et congestion de la formation nerveuse, de névrite vraie ou d'association de ces divers processus : l'éclectisme semble de mise en cette matière.

Le ganglion peut aussi être envahi par le processus tuberculeux qui en entraîne la destruction partielle ou totale : mais cela est exceptionnel et les lésions du sympathique sont en général légères et transitoires.

Par les seules connaissances théoriques : anatomiques (relatives ou sympathique), physiologiques (dépendant de la douleur viscérale), anatomo-pathologiques (en rapport avec la tuberculose vertébrale) nous en arrivons donc à justifier fermement notre hypothèse pathogénique : les viscéralgies d'origine pot-tique ont leur point de départ dans une irritation du sympathique.

QUELQUES OBSERVATIONS

Nous allons résumer ici quelques-unes des observations les plus probantes retrouvées dans la littérature médicale ou relevées à l'hôpital maritime de Berck. Elles nous paraissent plus impressionnantes dans leur concision qu'alourdis par de nombreux détails, et illustrent de façon saisissante, nous semble-t-il, ce que nous avons essayé de démontrer dans les pages précédentes. Nous les décrirons simplement dans leur ordre chronologique de publication, pour chaque groupe de faits pathologiques.

AFFECTIONS RENALES

1917. — A. BOCQUEL.

1. — V., artilleur, 42 ans, présente des douleurs dans la région lombaire droite qui sont attribuées à la présence d'un *rein flottant*.

Huit mois plus tard, le malade est dirigé sur l'hôpital militaire d'Angers pour persistance des douleurs.

L'examen montre à ce moment un enraidissement de la colonne vertébrale, une légère exagération des réflexes patellaires.

Sur le cliché radiographique apparaissent des lésions manifestes au niveau de L₃ L₄.

1919. — FOERSTER.

2. — X. s'inquiète, en novembre 1919, pour des douleurs sourdes au niveau de la région lombaire persistant depuis un an, accompagnées de mictions fréquentes, avec sensation de brûlures et amaigrissement important.

L'examen montre un fonctionnement rénal normal.

La radiographie du rachis reste négative. En janvier 1922, devant la persistance des troubles, on pratique une *néphrectomie droite*. Le rein enlevé présente quelques signes de néphrite chronique.

Les douleurs disparaissent dans les dix jours qui suivent l'intervention.

En avril, les douleurs lombaires réapparaissent, s'intensifient par crises, deviennent bilatérales, irradient aux membres inférieurs.

Le 12 avril, on fait une radiographie qui montre un Mal de Pott D₁₂ L₁.

1920. — CAPPELLE.

3. — L., du 5^e génie, classe 1900, accuse en décembre 1917 des douleurs lombaires apparues il y a 18 mois.

Le diagnostic posé est alors *ptose du rein droit*.

En décembre 1918, les douleurs sont toujours aussi intenses et l'examen découvre un abcès de la fosse iliaque gauche.

Sur la radiographie : Mal de Pott D₁₂ L₁.

4. — V... Jules, 18 ans, subit, en avril 1917, une intervention pour *lithiase rénale gauche*, douloureuse depuis six mois environ.

En juin 1919, il apparaît un abcès de la région lombaire gauche au niveau de la cicatrice opératoire, coexistant avec une reprise des douleurs.

Mars 1920. Le malade n'a pas été immobilisé. Il s'est constitué une fistule avec suppuration abondante.

Radio : Pott D₁₂ L₁.

1921. — CHURCHMANN.

5. — Publie le cas d'un malade présentant des douleurs à type lithiasique dans la région lombaire droite :

- le rein est ptosé et sensible,
- la cystoscopie montre une vessie normale,
- les urines ne contiennent ni pus ni B. K.

Cependant, la radiographie montre des ombres calculeuses douteuses. Il n'y a pas de lésions vertébrales.

On pratique une *lombotomie exploratrice avec décapsulation rénale et néphropexie*.

Amélioration transitoire.

Six mois plus tard, les douleurs reprennent et l'on met en évidence un Pott L₁ D₂.

L'auteur conclut : « La lésion devait exister lors du premier séjour à l'hôpital, mais l'examen des radiographies revues avec soin ne permettait en aucune façon de découvrir une lésion de tuberculose vertébrale. L'opération semble avoir donné un coup de fouet au processus tuberculeux ».

1921. — COURBOULES rapporte deux observations principales :

6. — F., Albert, 45 ans.

En 1916 : douleurs lombaires apparues depuis un an, mises sur le compte d'un lumbago.

En 1918 : douleurs persistantes.

Apparition d'une tuméfaction de la fosse iliaque droite qui est classée : *hydronéphrose*.

Le malade est dirigé sur le centre d'urologie de Rouen, qui rectifie le diagnostic : Mal de Pott lombaire avec abcès par congestion lombo-iliaque droit.

7. — X..., février 1916 : douleurs lombaires évoluant depuis deux ans, traitées comme *lithiase rénale*.

Juillet 1916 : *décapsulation du rein droit*. Il apparaît une hématurie abondante dans les suites opératoires obligeant à une *néphrectomie* d'urgence le 22 juillet.

Août 1916 : apparition d'une tuméfaction fluctuante de la région lombaire gauche, incision.

Février 1917 : suppuration lombaire droite sur la cicatrice de *néphrectomie*.

Avril 1917 : double fistule lombaire : droite et gauche.
Pott D₁₁ D₁₂ et L₁ L₂.

1924. — SIMOVITCH.

8. — Melle X., 25 ans, domestique, présente en avril 1923, et depuis environ un an, des douleurs lombaires droites, unilatérales.

Le fonctionnement rénal est reconnu normal.

A la radiographie : pas de calculs.

Diagnostic : *rein ptosé*.

La malade se repose quatre mois : pendant ce temps, elle n'accuse aucune douleur.

En septembre 1933, elle reprend son travail.

En décembre, les douleurs réapparaissent avec une intensité croissante.

Le 17 janvier 1924, on décèle un foyer de suppuration lombaire droite.

La ponction ramène un litre 1/2 de pus grumeleux.

Mais la radio ne montre à ce moment aucune lésion des corps vertébraux : elle ne montrera un Pott dorso-lombaire que quelques mois plus tard.

1936. — DELCHEF.

9. — Mlle H. M., 38 ans, se plaint, en novembre 1928, de douleurs lombaires et iliaques droites. Un mois après, on pratique une *appendicectomie* et une *néphropexie*, qui n'amènent aucune sédation. Au contraire, quelques mois

plus tard, les douleurs s'aggravent, irradient en ceinture à la région lombaire. Une cure salicylée reste inopérante.

Radiographiée enfin, la malade présente un Pott L₄ L₅.

D^r A. RICHARD. — *Observation personnelle :*

10. — I. Sal., 19 ans, est atteint, en mai 1933, de douleurs lombaires droites persistantes. Un chirurgien conclut, après pyélographie, à *une malformation congénitale du bassin droit*, qui est, en effet, indubitable, et pratique une intervention plastique sur ce bassin.

A la suite de l'opération, et peut-être par section de quelques fibres nerveuses, les douleurs disparaissent. Mais, quatre mois après, elles réapparaissent du côté gauche. L'on incline à penser que la malformation est peut-être bilatérale lorsqu'après l'examen clinique le spécialiste constate une petite gibbosité au niveau de L₁.

Le malade est alors adressé au docteur Richard, qui constate un mal de Pott de D₁₂ L₁ évoluant depuis au moins un an. Après quelques mois de repos, le malade est greffé au début de 1934. Il reprend une existence active et normale, en 1936, ayant encore présenté, mais de façon de plus en plus atténuée, des douleurs lombaires gauches, facilement explicables par l'écrasement important des deux vertèbres malades.

Observations inédites

recueillies à l'hôpital maritime de Berck-Plage

11. — G., Madeleine, 23 ans, est soignée, en mai 1934, pour une *colique néphrétique gauche*.

Les douleurs ne se calment que progressivement,

En juin, une radiographie de contrôle montre un Pott L₂ L₃.

12. — G... Joséphine, 22 ans.

Consulte, en avril 1933, pour des douleurs lombaires gauches, persistant depuis deux ans. Elles irradient vers la cuisse, évoluent par crises très aiguës, calmées chaque fois par le repos.

Le malade est soigné pour *lithiase rénale*.

A l'occasion d'une crise plus violente : radiographie :
— Pott L₄ L₅.

13. — G... Marie, 25 ans

En novembre 1932, apparition de douleurs lombaires gauches, qui sont mises sur le compte d'une *ptose rénale gauche*.

En décembre : néphropexie gauche.

En janvier 1933, les douleurs persistent et deviennent bilatérales.

On les met sur le compte d'une *ptose rénale droite*.

En mai 1933, on découvre un Mal de Pott D₁₀ D₁₁.

14. — B... Elise, 23 ans, accuse, en novembre 1932, des douleurs au niveau de la région iliaque gauche.

L'examen montre une collection de la fosse lombaire qui est prise pour un *phlegmon péri-néphrétique*.

On l'incise. Il s'écoule du pus en abondance. Mais une fistule se constitue sur la cicatrice opératoire, qui amène à réviser le diagnostic : il s'agissait d'un Pott L₄ L₅.

15. — P... Jean, 19 ans.

Janvier 1931 : douleurs lombaires avec altération de l'état général : état subfébrile ; amaigrissement.

En juillet : apparition d'une tuméfaction lombaire droite.

On croit inciser un *phlegmon périnéphrétique* : il y a un abcès très important, mais qui fistulise. Une radiographie montre un Pott D₁₁ D₁₂.

16. — Mme M., 63 ans.

En janvier 1934, s'inquiète de douleurs lombaires apparues depuis six mois, devenant de plus en plus vives, avec température à 38° et amaigrissement.

En février 1934, on intervient pour *phlegmon périnéphrétique*. On tombe sur un abcès pottique : foyer au niveau de L₃ L₄.

Antécédents : Pleurésie double qui aurait pu faire suspecter une tuberculose possible.

17. — V... Raymonde, 17 ans.

En décembre 1918, la malade se plaint de douleurs dorso-lombaires, persistant depuis un an déjà, et mises successivement sur le compte de rhumatisme, puis de *hernie épigastrique*.

L'examen montre une tuméfaction lombaire gauche, qui est prise pour une *tumeur rénale*.

L'intervention découvre qu'il s'agit d'un abcès lombaire gauche, dû à un Pott D₄₂ L₁.

Envoi à Berck, greffe d'Albee, guérison après un stade paraplégique de 18 mois.

En 1935, reprise des douleurs ; elles persisteront malgré :

— une *cure radicale de hernie épigastrique*,

— une *néphrectomie gauche* pour tuberculose rénale, en avril 1936.

En août 1936, la malade revient à Berck, souffrant toujours de façon aussi intense, et avec reprise des phénomènes paraplégiques.

Les douleurs cèdent rapidement par un simple traitement orthopédique.

EPIGASTRALGIES

1927. — F. RAMOND, NATHAN et GOROSTIDI.

18. — M. S., 42 ans, peintre en bâtiments, présente, de 1924 à 1926, des douleurs gastriques de plus en plus intenses. A l'examen radiologique, le point douloureux correspond à la deuxième partie du duodenum.

En 1926, *une intervention* montre l'intégrité de l'estomac, du duodenum et de la vésicule biliaire. On pratique une *gastro-entérostomie* qui n'amène aucun soulagement.

En 1927, les douleurs sont toujours aussi intenses,

— L'amaigrissement est très marqué,

— L'examen clinique reste complètement négatif, tant au point de vue digestif que vertébral.

Mais, sur la radiographie « décalcification de D³ à D⁷ avec perte de parallélisme de leurs bords : fuseau pathognomonique d'abcès par congestion. Il s'agit donc d'un Mal de Pott ».

OBSERVATIONS INEDITES

19. — C. Dorothée, 39 ans est soignée, en 1930, pour un abcès *para-lombaire gauche*, par plusieurs ponctions ; on ne peut en trouver l'origine, guérison apparente.

En 1936, s'installent des douleurs abdominales, à prédominance dans la région lombo-iliaque, bilatérales, sans caractères très fixes.

La malade suit un traitement pour une *affection gastrique* présumée jusqu'en janvier 1937, sans aucun résultat.

En 1937, elle consulte à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on découvre un Pott D₁₁ L₁.

L'immobilisation dans un plâtre calme aussitôt les douleurs.

20. — Mme G., 32 ans.

Janvier 1936 : douleurs gastriques avec anorexie et lenteur des digestions qui sont soignées pour une *gastrite* d'origine indéterminée.

En avril 1936, apparition d'une tuméfaction sous l'arcade crurale qui est d'abord prise pour une *hernie*. On pense enfin à un abcès froid possible ; et la radiographie montre deux foyers pottiques : L₂ L₃ et L₄ L₅.

APPENDICITES

1917. — BOQUEL.

21. — G... Robert, 21 ans, fait son service militaire. Il accuse, à la suite des fatigues du service, une exagération de douleurs existant depuis deux ans, sous forme de crises douloureuses subaiguës de la fosse iliaque droite. Une *appendicectomie* va être pratiquée. Mais l'examen pré-opératoire montre une douleur diffuse sans point douloureux très précis, un peu de raideur du rachis, une légère exagération des réflexes rotuliens.

Sur la radiographie, on constate un Pott L₂ L₃ L₄, avec prédominance des lésions à droite des corps vertébraux.

1921. — COURBOULES.

22. — L... Germain, 22 ans, présente, à partir de juin 1918, des douleurs lombaires

En février 1919, il est soigné pour *crise appendiculaire* nécessitant une hospitalisation de huit jours, mais on n'intervient pas chirurgicalement, et il peut reprendre rapidement son travail.

En novembre, constitution d'un volumineux abcès de la fosse iliaque droite.

Une radiographie montre des lésions destructives de L₁ L₂.

OBSERVATIONS INEDITES

23. — O... Simone, 18 ans, subit, en octobre 1936, une *appendicectomie* ; quinze jours plus tard, se constitue une fistule sur la cicatrice abdominale par laquelle se vide un abcès de la fosse iliaque droite.

En mars 1937, apparition d'un abcès lombaire droit.

En juillet, la malade arrive à Berck avec un Mal de Pott L₆ L₁.

24. — M... Alphonse, 40 ans

En septembre 1931, l'affection débute par de petites douleurs abdominales droites, qui motivent en 1933, une intervention pour *appendicite chronique*.

En 1935, le malade est envoyé à Berck pour un Pott D₉ D₁₀ ; il présente à ce moment un abcès de la fosse iliaque droite s'écoulant par la cicatrice ; et une suppuration importante de la fosse iliaque gauche que l'on est obligé de ponctionner.

25. — Mme O..., 26 ans, accuse en juin 1934, des douleurs de la fosse lombaire droite, permanentes, mais plus vives le soir à la fatigue ; elles s'intensifient en deux crises beaucoup plus violentes avec un vomissement.

L'état général est médiocre : amaigrissement, état subfébrile.

En juillet 1934 : *appendicectomie*.

En août 1935, les douleurs persistent toujours depuis l'intervention, mais ce n'est qu'à cette date que l'on diagnostique un Pott important prenant trois vertèbres : D₈ - D₉ - D₁₀.

26. — Q... Antoinette, 30 ans, souffre en 1935, de douleurs abdominales bilatérales, mais maximum à droite, avec amaigrissement très important.

En août 1935, on intervient pour *appendicite* et l'on tombe sur un abcès froid contenant deux litre 1/2 de pus.

On réforme le diagnostic : il s'agit d'un Mal de Pott L₄ L₅.

La malade arrive à Berck le 15 septembre 1936, en très mauvais état général.

Décès en octobre 1936.

27. — Mlle G..., 18 ans, subit, en avril 1936, une *appendicectomie* pour douleurs abdominales droites, mais ne s'étant jamais accompagnées de vomissements, ni de poussée thermique.

Le 18 mai 1936, un abcès de la fosse iliaque droite fistulise sur la cicatrice.

En octobre 1936, apparition d'un abcès de la fosse iliaque gauche.

En Janvier 1937, la malade arrive à Berck avec un Mal de Pott prenant L₃ L₄ L₅.

28. — Mme H..., 27 ans, présente en Mai 1936, des douleurs abdominales siégeant dans la fosse iliaque droite, mais peu violentes. Il n'y a jamais eu de véritables crises douloureuses. Un seul vomissement — amaigrissement très marqué.

En Juin 1936 - *appendicectomie*.

En Juillet, les douleurs persistent et vont même en augmentant.

En Janvier 1937 : la malade est hospitalisée à Bichat, les douleurs se calment par le repos.

En Août 1937, la malade peut reprendre son travail, en Septembre, les douleurs réapparaissent.

Un abcès froid se constitue au niveau de la fosse lombaire droite.

En Octobre 1937, la malade arrive à Berck, porteuse

d'un Mal de Pott L₆ S₁ avec abcès lombo-iliaque très important, le réflexe rotulien droit est presque aboli, les autres sont normaux. La température est oscillante autour de 38° et l'état général médiocre.

29. — H... Paulette, 16 ans.

— En Janvier 1937, la malade commencé à se plaindre de douleurs dans le bas du dos, surtout intenses dans la position assise et pour se redresser.

— En Mai, les douleurs persistent.

Un vomissement les fait attribuer à une *appendicite* et on intervient à ce moment.

— En Novembre les douleurs sont de plus en plus intenses conservant les mêmes caractères qu'avant l'opération.

— En Janvier 1938, la malade arrive à Berck : Mal de Pott D₁₀ D₁₁ — fuseau de D₇ à D₁₂ — réflexe rotulien droit exagéré, les autres restent normaux.

ETATS PARA-DIGESTIFS

IMBERDIS.

30. — X..., 40 ans, présente des douleurs à maximum épigastrique depuis environ neuf mois, elles s'accompagnent de troubles digestifs. L'abdomen est fortement météorisé, tendu et douloureux. On pose le diagnostic de *péritonite tuberculeuse*.

Cependant, quelques signes restent discordants : il n'y a pas de douleur à la palpation abdominale appuyée — les mouvements du tronc sont très diminués et douloureux. On provoque une douleur par la pression au niveau des apophyses épineuses.

L'amélioration très sensible par l'extension continue précise le diagnostic de Mal vertébral.

1936. — DELCHEF.

31. — Mlle G..., 35 ans, est soignée depuis plusieurs mois pour un syndrome douloureux de l'hypochondre droit, faisant penser à une *cholécystite*. Devant l'insuccès de la thérapeutique et le peu de signes objectifs de lésions vésiculaires, le médecin fait examiner sa malade par le Dr DELCHEF. Celui-ci met en évidence un certain degré de raideur et un point douloureux au niveau de la région dorsale du rachis. La radiographie montre un pincement du disque D₁₁ D₁₂.

AFFECTIONS UTERO-ANNEXIELLES

Observations inédites

32. — B... Marie, 37 ans.

En 1930, apparaissent des douleurs à la fois lombaires et abdominales, siégeant uniquement du côté gauche ; elles sont assez vagues, peu intenses mais persistantes.

Les règles restent normales, sans exagération ni modification des signes douloureux à ce moment.

La malade est soignée pour *salpingite* sans que le traitement amène une amélioration.

En Octobre 1932, hospitalisation à l'Hôpital Tenon, pour un abcès de la fosse iliaque gauche.

On met en évidence un Mal de Pott D₁₂ L₁.

Les douleurs qui avaient toujours persisté sont très vite calmées par le repos.

33. — Mme H..., 28 ans.

En 1934, présente des douleurs lombaires bilatérales, elles sont rapportées à une *salpingite* et traitées par l'électricité : bon résultat momentané — puis reprise rapide des douleurs.

Celles-ci, en mai 1935, sont très vives.

Le 26 Mai on fait une *laparotomie pour kyste de l'ovaire* mais le compte rendu opératoire note simplement « libération d'adhérences — destruction d'un petit kyste au thermocautère — on n'enlève pas l'ovaire ».

En Juin 1935, s'installe une paraplégie.

La malade est dirigée sur Berck avec un Mal de Pott D₁₂ L₁.

34. — Mme G..., 22 ans.

En 1935, s'exagèrent des douleurs épigastriques pour lesquelles la malade est soignée depuis plusieurs années (*gastrite* de cause indéterminée). Elles prennent un caractère constrictif et transfixiant, et deviennent de plus en plus intenses.

En 1936, ces douleurs sont mises sur le compte d'une *rétroversion utérine* qui est opérée le 18 Mai 1937.

Le syndrome douloureux persiste dans les suites opératoires. Il apparaît un abcès de la fosse iliaque droite.

En Décembre 1937, la malade arrive à Berck : il existe un double foyer pottique D₉ D₁₀ et D₁₁ D₁₂.

Enfin, il nous semble intéressant de rapporter la statistique de KOFMANN qui ne donne pas le compte rendu de ses observations; mais sur un ensemble de 286 cas de Maux de Pott, 4 malades avaient été considérés comme appendicite, et 3 avaient même été opérés.

Un autre avait subi une néphropexie pour rein mobile. Les trois suivants avaient été traités successivement comme péritonite, affection gynécologique et même tumeur abdominale.

CONCLUSIONS

1. — De même a-t-on parlé des « Balafrés de Plombières » pour les malades atteints de colite et opérés arbitrairement d'appendicite sans en retirer aucun bénéfice, de même pourrait-on parler des « Balafrés de Berck » malades opérés d'affections vésiculaire, rénale et surtout appendiculaire, et qui en réalité étaient porteurs d'un syndrome viscéralgique d'origine potitique.

2. — Cette erreur de diagnostic, due le plus souvent à un examen incorrect ou incomplet, est grandement préjudiciable à la santé du malade : intervention intempestive avec choc inutile chez un sujet en évolution bacillaire, prolongation de la méconnaissance de l'affection vertébrale, retard à l'immobilisation d'où aggravation des lésions osseuses.

3. — Il paraît à peu près impossible qu'un examen consciencieux et complet d'un appareil déterminé (examen clinique, exploration directe par cathétérisme, pyélographie, cholécystographie, examen sous écran de l'intestin après repas ou lavement baryté) laisse persister une erreur de diagnostic dont la base bien fragile n'est somme toute qu'un syndrome douloureux.

4. — Même lorsque l'esprit du médecin a été effleuré par l'idée d'un Mal de Pott il se peut qu'il persiste à le nier à la suite d'un examen radiologique.

Et il faut insister sur le retard que présentent les signes radiographiques sur les lésions anatomiques et l'examen clinique ; ce n'est alors qu'un œil particulièrement exercé qui pourra déceler les lésions du début.

5. — En dernier ressort c'est tout de même l'examen clinique qui devra orienter dans la bonne voie : raideur d'un segment vertébral, modification des réflexes, troubles de l'état général, présence d'une autre lésion tuberculeuse, enfin et surtout épreuve de l'immobilisation.

6. — Les données expérimentales, anatomo-pathologiques et cliniques sont concordantes pour permettre de rattacher à une origine sympathique la pathogénie des viscéralgies pottiques.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
Pierre DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER. — Symptômes d'observation quotidienne de nature fonctionnelle pris pour des symptômes lésionnels; *Le Monde Médical*, 1er Octobre 1937.
- ALQUIER. — Mal de Pott sans signes rachidiens et avec troubles nerveux. *Gazette des hôpitaux*, 19 Mai 1906.
- BARRE (J.-A.). — Les différentes douleurs des compressions médullaires. *Presse Médicale*, 19 Mai 1923.
- Remarques sur le diagnostic du Mal de Pott de l'adulte. *Bulletin Médical*, Février 1923.
- BERTRAND (F.). — Cystalgie et Mal de Pott. *Bruxelles Médical*, 21 Février 1926.
- BLAINE. — Renal and uretal stone symptoms in spondylitis. *Amer. Journal Roentgenol*, 1917.
- BLANCHARD. — Les troubles nerveux au cours du Mal de Pott dorso-lombaire. Thèse, Paris, 1915.
- BOQUEL. — A propos du Mal de Pott, de quelques difficultés de diagnostic. *Archives Médicales d'Angers*, 1917.
- CALVE. — La tuberculose ostéo-articulaire. Paris 1935.
- CAPPELLE. — Mal de Pott lombaire de l'adulte. Thèse, Paris, 1920.

CATTOIR. — Rhumatisme vertébral chronique et viscéral-gies. Thèse Alger, 1931.

DE CHAMALEILLES. — Le rhumatisme tuberculeux. *Journal de Médecine de Lyon*, Mai 1932.

CHATAIN. — Les maux de Pott silencieux ou à symptomatologie atypique. *Progrès médical*, 16 Mai 1936.

CHURCHMANN. — Early vertebral tuberculosis with clinical picture suggesting renal calculus. *Amer. Rev. Tuberc. Balt.* 1920-1921, p. 288.

CHUTE. — The pain of osteo arthritis of the spine its hearing on the diagnosis of urinary disease. *The Boston med. and Surg. Journal*, 1904, p. 563.

CIOSI (CH.). — Les lésions périfocales du Mal de Pott dorsal. Thèse Paris, 1936.

CLAVELIN. — Le diagnostic du Mal de Pott latent chez l'adulte. *Revue de Chirurgie*, Paris, 1923.

COQUELET. — Les affections douloureuses de la colonne vertébrale; Société belge d'orthopédie, Juillet 1933.

COQUELIN. — Diagnostic de la tuberculose de l'axe cérébro spinal. Thèse Bordeaux, 1902-1903.

COURBOULES. — Notes sur le Mal de Pott chez l'adulte. *Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Mai 1921.

DELAHAYE. — Etude sur quelques diagnostics du Mal de Pott. Thèse Paris, 1924.

— De quelques diagnostics du Mal de Pott. *Revue Médicale Française*, Décembre 1935.

DELBET. — Diagnostic précoce du Mal de Pott: — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1899.

— Les Maux de Pott, *Revue Générale de Clinique et de thérapeutique*, Paris, 1923.

DOCHE. — Sur 140 cas de Mal de Pott de l'adulte. *Presse Médicale*, 1920.

DUGUET. — Le mal de Pott dans l'armée. *Bulletin médical*, Février 1923.

FOERSTER. — Tuberculosis of the spine resembling pyelitis. *Journal urolog.*, Baltimore, 1920, p. 559.

FORGUE. — La douleur des viscères. *Gazette des Hôpitaux*, 1926, n° 89 et 91.

— Précis de Pathologie externe, 1928.

GALLAND. — Les douleurs dans la Tuberculose ostéo-articulaire. Paris 1929.

GILIS (P.). — Notes sur les voies conductrices des diverses sensibilités, de la sensibilité douloureuse en particulier — *Arch. Soc. Med. et Biol. Montpellier*, Janv. 1929.

— Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme, 1932.

GROGNOT. — Contribution à l'étude des troubles nerveux précoces du Mal de Pott. Thèse Paris, 1897.

HOVELACQUE. — Anatomie des nerfs craniens et rachidiens et du système grand sympathique. Paris, 1927.

HUC. — Les faux maux de Pott lombaires. *La cure marine*, 1934, n° 1.

IMBERDIS. — Contribution à l'étude des symptômes du Mal de Pott au début. Thèse Paris, 1886.

JACQUET (P.). — Les états gastralgiques. *Journal médical français*, Août 1928.

- JOUE. — Le rhumatisme vertébral. Thèse Lyon, 1902.
- KOFMANN (S.). — Diagnostic de la Spondylite tuberculeuse au stade précédant la gibbosité. *Ztschr. jur. orthop. chir.*, n° 60, 1933.
- KONRAT. — Les abcès du Mal de Pott. Thèse Paris, 1925.
- LACROIX, CATTOIR et RAYNAUD. — Sur l'existence d'une forme pseudo-viscéralgique du rhumatisme vertébral chronique. *L'Algérie Médicale*, Novembre 1930.
- LAIGNEL LAVASTINE. — Réflexes sympathiques viscéraux. *Gazette des Hôpitaux*, 1923, n° 96.
- LANCE. — Le Mal de Pott de l'adulte. *Gazette des Hôpitaux*, 17 février 1920.
— La Tuberculose vertébrale: Mal de Pott. Paris 1923.
- LANNELONGUE. — La tuberculose vertébrale. *Leçons faites à la Faculté de Médecine*, Paris, 1888.
- LARUELLE. — Les viscéralgies d'origine vertébrale. *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*; Bruxelles 1924.
- LEE (B.). — Contribution to the pathology, diagnosis and treatment of angular curvature of the spine. Philadelphie, 1867.
- MACKENZIE. — Les symptômes et leur interprétation, Londres, 1909.
- MASSART. — Les faux maux de Pott dorsaux. *La cure marine*, 1934, n° 1.
- MATTHIEU. — Sur le diagnostic du Mal de Pott. *Journal des Praticiens*, 12 Janvier 1935.
- MENARD. — Etude pratique sur le Mal de Pott, Paris 1900.
- MORAT. — Traité de Physiologie.

- MORET. — Contribution à l'étude des tuberculoses osseuses, et ostéo-articulaires chez les vieillards. Thèse Paris, 1900-1901.
- MOUSSEAUD. — Mal de Pott sans signes rachidiens chez l'adulte. Thèse, Paris, 1906.
- NOULEAU (J.). — Du diagnostic du mal de Pott chez l'adulte, *Archives médicales d'Angers*, Octobre 1935.
- PUEL. — Du mal vertébral. Thèse d'Agrégation, 1878.
- QUINTAA. — Thèse Paris, 1868.
- RAMOND (F.) et JACQUELIN. — Gastro-radiculite d'origine pottique. *Progrès Médical*, 9 avril 1921.
- RAMOND (F.), NATHAN et GOROSTIDI. — Un cas de gastro-radiculite pottique. *Archives Mal. app. dig.* Juillet 1927.
- RICHARD (A.). — Les arthrites vertébrales chroniques. *Revue d'orthopédie*, 1933.
- RICHARD (A.) et DUBAU. — Problèmes cliniques et thérapeutiques des malformations congénitales des corps vertébraux. *Société française d'orthopédie*, 1936.
- RIPERT. — Le Mal de Pott après la cinquantaine. Thèse Paris, 1924.
- ROEDERER. — Quelques considérations sur le diagnostic clinique du Mal de Pott. *Bulletin Médical, Paris*, 1923, p. 229.
- Quelques considérations sur le Mal de Pott. *Le Bulletin médical*, 30 Octobre 1926.
- Introduction à l'étude des faux maux de Pott. *La Cure marine*, 1924, n°1.
- Propos interrompus sur le Mal de Pott. *Sté de médecine de Paris*, 1935, p. 374.

- Les difficultés du diagnostic entre le rhumatisme vertébral et le Mal de Pott. *La Clinique*, janvier 1935.
- ROGER (H.). — Discussion à propos des « viscéralgies » d'origine vertébrale. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française*. Bruxelles, 1924.
- SAYRE (L.). — Spinal disease and Spinal curvature. London, 1877.
- Lectures on orthopedic surgery New-York, 1882.
- SICARD (J.-A.). — Névrodociques et funiculites vertébrales *Presse médicale*, 7 Janvier 1918.
- SIMOVITCH. — Affections pottiques et affections rénales. Thèse Paris, 1924.
- SORREL et Mine SORREL-DEJERINE. — De l'absence de signes radiographiques dans certaines formes de Mal de Pott. *Sté de neurologie*, Mars 1924.
- Etude de la disposition du sympathique. *Revue de neurologie*, 27 Mai 1926.
- Mal de Pott, *Traité de chirurgie orthopédique*.
- THOMAS (A.). — Le rôle du sympathique et du splanchnique dans la pathogénie des perturbations de certains réflexes sympathiques et des douleurs viscérales. *Revue de neurologie*, 1924, p. 342.
- TURRIES (J.). — Sur certaines formes d'épigastralgies d'origine non évidente. *Marseille médical*, 1930, n° 1.
- VITO WITTING. — Le syndrome épigastralgique d'origine vertébrale et intra-rachidienne. *Archives Mal. app. dig.* Février 1929.
-

TABLE DES MATIERES

<i>Les Syndromes abdominaux d'origine pottique</i>	11
<i>Historique</i>	13
LES FAITS CLINIQUES.....	19
Affections rénales et Mal de Pott.....	20
Les épigastralgies.....	22
Les fausses appendicites pottiques.....	25
Les états para-digesifs.....	28
Les affections utéro-annexielles.....	31
LE DIAGNOSTIC DES VISCÉRALGIES POTTIQUES.....	33
ESSAI D'INTERPRÉTATION PATHOGÉNIQUE.....	45
QUELQUES OBSERVATIONS.....	52
CONCLUSIONS	66
<i>Bibliographie</i>	68

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.

